

Síndrome de Paget-Von Schröetter

Aportación de un nuevo caso

*Julio Huertas Sepulcre**

*Julio García Muñoz***

*José Ortiz Chaparro***

*Julio Rivera Rocamora***

*Javier González Comeche***

RESUMEN

Presentamos un nuevo caso del síndrome de Paget-Von Schröetter. Con este motivo se hace una descripción de este síndrome: clínica, etiología, pronóstico, métodos diagnósticos y terapéuticos.

Se hace hincapié en que el diagnóstico definitivo ha de hacerse con flebografía; y en que hay que descartar las diversas etiologías, sobre todo cuando hay que recurrir a la cirugía, ya que no son raras las equivocaciones, que en algún caso pueden ser fatales.

EL síndrome de Paget-Von Schröetter fue descrito, por separado, por estos autores en 1875 y en 1884, respectivamente. Y se trata de una tromboflebitis de esfuerzo del miembro superior.

Desde su primera descripción se han hecho numerosas comunicaciones, en las cuales se han encontrado trombosis de la vena axilar o de la vena subclavia. En ocasiones no se ha hallado lesión alguna, hablándose entonces de «venospasmo traumático», según Mac Carhy, o de «claudicación venosa intermitente», según Lohr.

En 1948, Hucnes recoge 320 casos, y tratando de evitar discusiones sobre las diferentes causas etiológicas, propone la denominación de síndrome de Paget-Schröetter para las obstrucciones axilosubclavias en las que sólo se encuentra como causa los esfuerzos repetidos o únicos, en el mismo afectado.

En 1951, Tagariello describe el «síndrome por obstáculo al desagüe venoso del miembro superior» que es producido por enfermedades de distintas etiologías, pero con iguales o parecidas características clínicas. Serían éstas las tromboflebitis embolígenas, las sépticas, las gangrenantes, las de los poliglobulícos, las de las neoplasias, las químicas, las anémicas y las de las poliflebitis.

El síndrome de Paget-Schröetter no entra en la clasificación de Tagariello, y queda, pues, definido como «una tromboflebitis benigna del miembro superior, de aparición brusca, en gente joven, previamente sana y precedida de un esfuerzo intenso o de pequeños esfuerzos repetidos, que aparece en un solo miembro y debiéndose descartar cualquier otra causa que produzca la obstrucción».

CLINICA

El enfermo, después de un esfuerzo más o menos violento, o de esfuerzos pequeños repetidos, se presenta con el miembro superior, derecho o izquierdo, edematizado, con ligeras molestias en todo el miembro, ligeramente cianótico, y se puede visualizar en la raíz del miembro e incluso en la pared torácica una red de venas azuladas.

El edema dificulta los movimientos del codo y de la mano. Es poco depresible y puede regresar parcialmen-

te por la noche y aumentar a lo largo del día por la posición caída del brazo.

El síndrome de Paget-Schröetter no es raro encontrarlo en la vida militar. En nuestra clínica, además del caso que presentamos, hemos visto dos más. Un cadete de la Academia General del Aire, en que le apareció a raíz de las prácticas de instrucción con el fusil; y un soldado artillero después de ejercicios de carga y descarga de una pieza artillera.

Ultimamente se ha descrito en algunos deportistas lanzadores de disco o jabalina y en jugadores de water-polo.

Por sus características se suele dar casi exclusivamente en gente joven y del sexo masculino. Y previamente no existe ninguna otra enfermedad.

ETIOLOGIA

Por definición, la causa es una obstrucción de la vena axilar o de la subclavia producida por esfuerzo violento o por pequeños esfuerzos repetidos.

Sin embargo, Martorell afirma que su etiopatogenia es muy discutida y está en constante revisión, ya que encontrar antecedentes de esfuerzos en los miembros superiores y en gente joven es prácticamente habitual en todos ellos. De ahí que, según su etiología, el síndrome de Paget-Schröetter se le conozca también por el de tromboflebitis de esfuerzo del miembro superior, trombosis primaria de la vena axilar, edema agudo o subagudo del brazo, venospasmo traumático, claudicación intermitente venosa, estasis venosa del brazo, trombosis benigna del miembro superior, trombo-

* Teniente Coronel Médico de la Armada. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Marina de Cartagena.

** Capitanes Médicos Auxiliares de la Clínica.

sis traumática de la vena axilar, tromboflebitis autóctona del miembro superior, y sugiriendo Martorell que el nombre más apropiado debía ser el de trombosis primaria venosa axilo-subclavia.

DIAGNOSTICO

Se deduce de una buena historia clínica, de una exploración completa y los análisis que sean precisos para descartar todas las otras etiologías, citadas por Tagariello, y que no forman parte del síndrome de Paget-Schrötter.

Pero el diagnóstico seguro lo dará siempre la flebografía del miembro afectado, que nos mostrará la obliteración de la vena axilar o subclavia en un enfermo joven con los antecedentes de esfuerzo único o repetidos y sin ninguna otra enfermedad.

PRONOSTICO

Es muy bueno. Suele curar con tra-

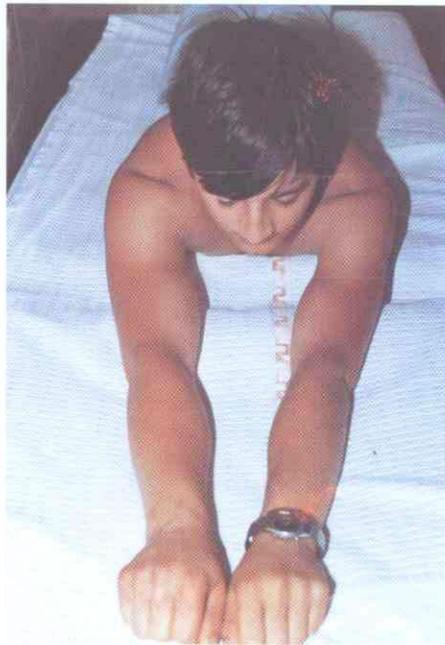


Figura 1

tamiento médico y a veces sólo con el reposo del miembro afecto o aun espontáneo.

Cuando esto no ocurre se soluciona quirúrgicamente.

TRATAMIENTO

Suele ser médico o quirúrgico. El médico consiste en reposo y elevación del miembro afecto con la mano pegada al hombro contrario y todo el miembro pegado al tórax, maniobra que puede hacerse con un simple pañuelo grande colgado del cuello. Espasmolíticos tipo eupaverina. Anti-

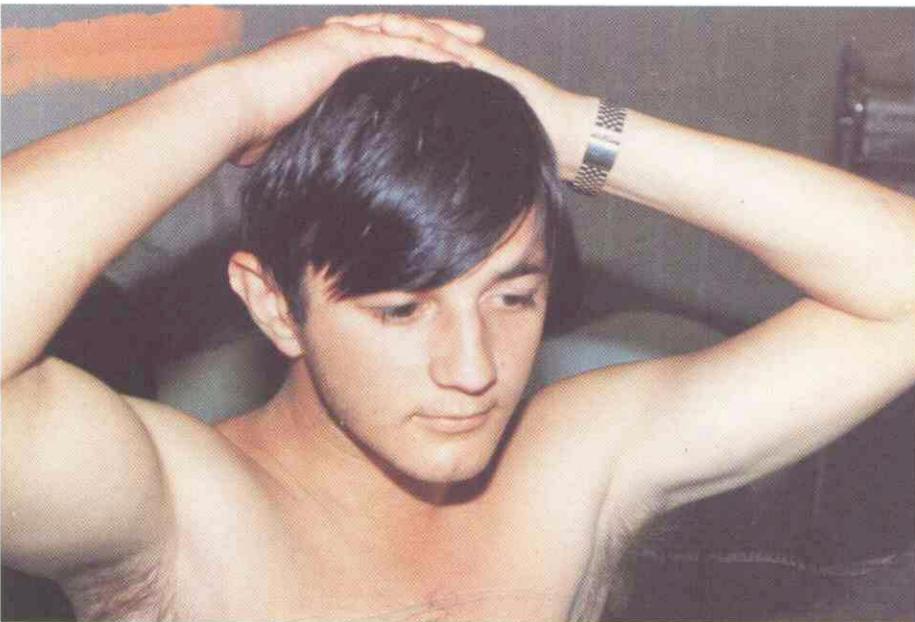


Figura 2

coagulantes como heparina, dicumarina. Antiagregantes plaquetarios derivados del triflusal o la simple aspirina. Antiinflamatorios, tales como butazolidina o indometazina. Y diuréticos.

Si no obedece al tratamiento médico, hay que recurrir al quirúrgico, que consiste en flebectomía con o sin injerto o en la trombectomía. Cuando se abre y no se encuentra el trombo se debe hacer flebolisis con suero templado para reducir el espasmo.

CASO CLINICO

A. M. N. de 19 años, natural de Cartagena. Soldado de artillería. Destinado en el Regimiento Mixto de Artillería número 6.

Ingresa en la Clínica de Medicina Interna del Hospital de Marina de Cartagena procedente de su destino, por «inflamación del miembro superior derecho de causa desconocida».

Interrogado el enfermo, dice que hace unos días, al levantarse, —tó todo el brazo derecho inflamado. Sin dolor, y que no lo achacaba a ningún esfuerzo o golpe alguno.

Sin embargo, preguntado detenidamente en este sentido, dice que por las tardes ayuda a su padre en una frutería y que «movía unas 10 ó 12 cajas de fruta de unos 25 a 30 kilogramos de peso diariamente».

El enfermo (Figs. 1 y 2) mostraba todo el miembro superior derecho edematizado, indoloro, con circulación colateral en el hombro. Tenía ligeras molestias en los movimientos del hombro, codo y mano. El resto de la exploración por aparatos, así como los análisis habituales fueron, todos normales. La radiografía simple de tórax y abdomen, sin ningún hallazgo de interés. Los antecedentes personales y familiares carecían de interés.

Se le practica una flebografía (Fig. 3) del brazo derecho, en la que el Servicio de Radiología del hospital informa: «vena axilar de características normales, no identificándose subclavia en ningún momento, lo que interpretamos como una obstrucción de la misma. Existe una circulación colateral desde la axilar por la escapular superior a yugular externa que conseguimos llenar a contracorriente hasta la primera válvula» (Dres. Fernando Peñarrubia y Manuel García).

Se instaura tratamiento médico con reposo y elevación del miembro afectado, aspirinas, butazolidina y

diuréticos.

El enfermo va mejorando paulatinamente y se le sigue control ambulatorio, debiendo ingresar pasado un mes para nuevo estudio.

Al mes vuelve a ingresar. Se observa (Fig. 4) una evidente mejoría, aunque se ve todavía un ligero edema de todo el miembro superior derecho casi imperceptible.

Se le practica una nueva flebografía en la que se demuestra (Fig. 5) una «permeabilización completa de la subclavia».

Al enfermo se le da de alta con observación ambulatoria periódica.

COMENTARIO

El caso que presentamos encaja perfectamente en el síndrome de Paget-Schrötter. Aparición de edema del miembro superior en individuo sano hasta entonces, joven, a raíz de esfuerzos repetidos, y en el que se objetiva por flebografía una obstrucción de la vena subclavia sin ninguna otra causa que los citados esfuerzos.

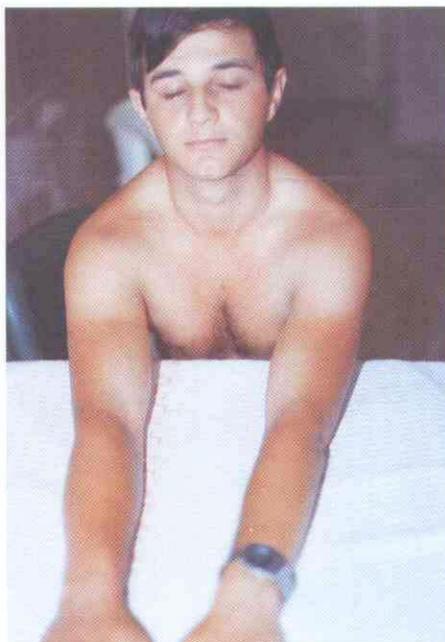


Figura 4

Hay una buena evolución con tratamiento médico, como está descrito en este síndrome que, incluso como ya hemos citado, puede curar con el simple reposo o aun espontáneamente.

Cuando se resista el tratamiento médico hay que recurrir a la cirugía. En estos casos conviene precisar mucho el diagnóstico. Martorell cita el caso de Huart y Lenormant, descrito en 1933, de un legionario de 38 años que al hacer el mínimo esfuerzo de descolgar el teléfono se le desencadena una tromboflebitis del miembro superior izquierdo. La persistencia de

la hinchazón, pese al tratamiento médico, lleva a Huart a intervenir quirúrgicamente, con lo que normaliza todo en pocos días.

Pero al poco tiempo recidiva el cuadro clínico, evidenciándose una compresión mediastínica. Se le practica de nuevo una operación explorativa y es diagnosticado de aneurisma de la aorta, falleciendo el enfermo en las maniobras exploratorias por rotura del aneurisma. En la autopsia se encontró que la subclavia y la yugular izquierda estaban obliteradas y fusionadas con el saco aneurismático.

BIBLIOGRAFIA

GOMEZ CONDE, S.; CASAL NUÑEZ, E.; OYANGUREN BARATAS, L. M.; GOMEZ BELTRAN, F.; DIAZ CABALLERO LASHERAS, F.: «Síndrome de Paget-Von Schrötter. A propósito de un caso personal». *Revista Clínica Española*, tomo 159, núm. 1, pág. 71-73, 1980.

MARTORELL, F.: *Flebrombosis y tromboflebitis de los miembros*, E. Paz Montalvo, pág. 101-104, 1949.

CORMIER, J. M.; SANTOL, J.; FRILEUX, Cl.; Arnulf, G.: *Tratado de técnica quirúrgica*, tomo V, E. Toray Masson.

MARTORELL, F.: *Accidentes vasculares de los miembros*. E. Salvat, pág. 337-341, 1946.

MARTORELL, F.: *Angiología. Enfermedades vasculares*, E. Salvat, pág. 590-591, 1967.

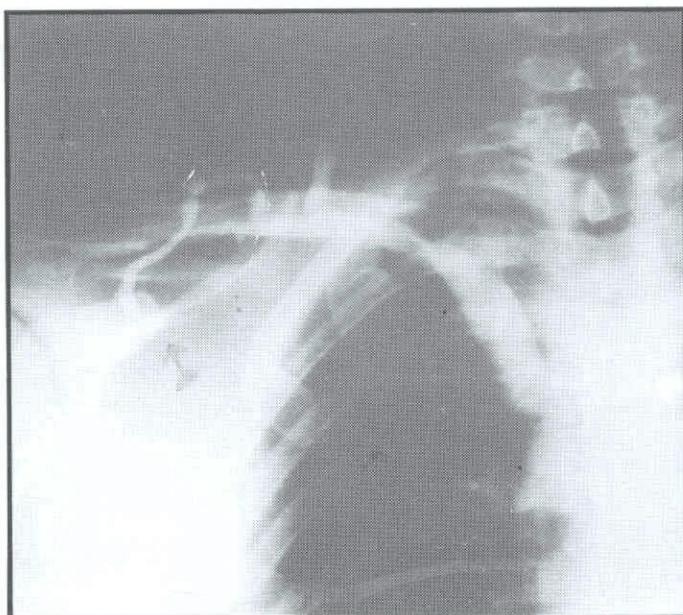


Figura 3

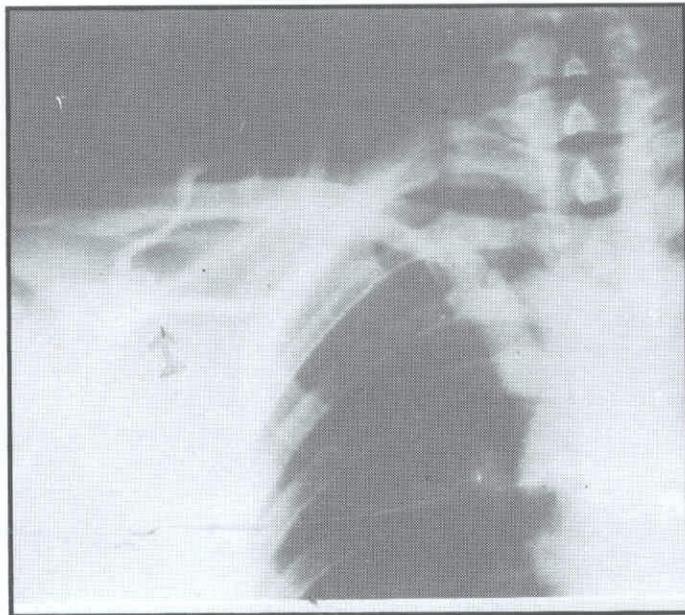


Figura 5